

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

300

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lionel LAZAROVICI

Docteur Interne de l'Hôpital de Paris
Né le 24 Mai 1907, à Bucarest (Roumanie)

De

l'Emploi du Ballon de Champetier de Ribes dans la Thérapeutique actuelle du Placenta prævia

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1934

ANNÉE 1934

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lionel LAZAROVICI
Agenc. Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 24 Mai 1907, à Bucarest (Roumanie)

De

l'Emploi du Ballon de Champetier de Ribes
dans la Thérapeutique actuelle
du Placenta prævia

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESCREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	MARION.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGEANT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeur sans chaire.....	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	BULLIARD.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

(ANNEXE)

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puericulture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de bien vive re-
connaissance et de profonde
affection.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Que nous remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur CATHALA

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de notre thèse.*

*Avec l'expression de notre pro-
fonde reconnaissance pour les
excellents enseignements qu'il
nous a donnés pendant notre
externat à la Maternité de St-
Louis.*

A Monsieur le Professeur agrégé LANTUEJOUL

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*);

Monsieur le Professeur OMBREDANNE;

Monsieur le Professeur LEMIERRE;

Monsieur le Professeur LEREBoullet;

Monsieur le Professeur agrégé CADENAT;

Monsieur le Docteur GOUVERNEUR;

Monsieur le Docteur GANDY;

Monsieur le Docteur CATHALA.

AVANT-PROPOS

Depuis très longtemps, on s'est attaché à combattre l'hémorragie due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Cette redoutable complication de la grossesse, malgré sa rareté, n'était pas moins considérée comme étant d'un pronostic fatal, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, à tel point que Simpson comparait sa gravité aux désastres faits par la peste et la fièvre jaune.

Malheureusement, les méthodes employées par des médecins qui, en l'occurrence, devenaient accoucheurs, n'étaient pas vouées à améliorer ce triste pronostic.

Il a fallu arriver aux environs de 1885 quand, d'une part l'accouchement était devenu une science spécialisée, et d'autre part que les découvertes de Pasteur avaient considérablement réduit les facteurs favorisant l'infection, pour voir diminuer la gravité de l'hémorragie due au placenta *prævia*.

Toutes les méthodes employées avaient comme principe de vider l'utérus de son contenu au plus vite, par voie vaginale, la pratique chirurgicale n'étant

pas encore appliquée à l'obstétrique. Les principales parmi ces méthodes étaient : l'accouchement forcé, la rupture des membranes, l'abaissement du pied.

Ces procédés étaient en pleine vogue, quand, en 1888, Champetier de Ribes introduisit l'emploi de son ballon inextensible dans la thérapeutique du placenta prævia.

Au début du siècle on recourait volontiers à ce procédé, mais depuis 1910 environ, l'opération césarienne a été pratiquée dans le placenta prævia et, à l'heure actuelle, beaucoup d'accoucheurs la préfèrent à l'emploi du ballon.

De nos jours le ballon de Champetier de Ribes est beaucoup moins employé que jadis, il est même rejeté par certains. Mais il en reste d'autres qui, sans exclure la méthode chirurgicale, voient encore quelques variétés cliniques de placenta prævia où le ballon pourrait être employé.

C'est dans le but de rechercher quelle est la valeur du ballon de Champetier de Ribes dans la thérapeutique actuelle du placenta prævia, que nous avons entrepris ce travail, dont le sujet nous a été inspiré par notre Maître, M. le docteur Cathala.

HISTORIQUE DES DIFFERENTS TRAITEMENTS DU PLACENTA PRÆVIA

Ambroise Paré fut le premier qui, en 1850, eut l'idée que certaines hémorragies graves observées chez les femmes en couches, étaient liées à la situation anormale du placenta placé avant l'enfant, et c'est lui qui, le premier, parla de la nécessité de hâter l'accouchement dans ce cas particulièrement sérieux.

Dans la suite, Mauriceau propose de remplacer l'accouchement forcé par la rupture des membranes et parle, pour la première fois, du rôle de ces membranes qui exercent une traction sur le placenta bas inséré. Portal, puis Puzos, insistent à leur tour sur les avantages de la rupture des membranes, en conseillant, de plus, l'abaissement d'un pied du fœtus. Après que Leroux, vers 1804, eût parlé du tamponnement, Barnes, en 1825, étudiant le segment inférieur, explique comment celui-ci progresse à la fin de la grossesse et comment la formation à ce moment et dès l'apparition du travail, plus rapide que la croissance du placenta, entraîne le décollement qui est à l'origine des hémorragies. Il préconisa la désinsertion du placenta dans la zone qui correspond au segment

inférieur et on vit dans la suite Simpson opposer à ce décollement partiel, le décollement total, méthode qui, au point de vue de l'hémostase, peut avoir une certaine valeur. Comme son procédé ne réussit pas toujours, Barnes propose l'introduction d'un ballon dont le type est aujourd'hui abandonné.

Mais à la même époque, Braun, de Vienne (1851), emploie le colpeurynter, et Braxton-Hicks (1864) met en avant la méthode de la version combinée, non suivie d'extraction, procédé qui, jusqu'à nos jours, en particulier en Amérique et en Allemagne, a connu une très grande vogue.

Enfin, quand l'ère aseptique apparaît, tandis que Pinard reprend la rupture large des membranes, un certain nombre d'accoucheurs, plaidant à nouveau pour l'évacuation rapide de l'utérus, substituent à l'accouchement forcé de Guillemeau et de Louise Bourgeois, l'accouchement dit « méthodiquement rapide ».

Apportant des résultats excellents à l'époque, Bonnaire préconise la dilatation manuelle, Bossi, en Italie, avec son dilatateur, et enfin Champetier de Ribes avec son ballon inextensible, se donnent pour but la dilatation méthodique du col.

Champetier de Ribes fit la première application de son ballon en 1887, à Lariboisière, dans le service du Docteur Pinard, qu'il remplaçait à ce moment.

Voilà, d'après l'auteur, quelles étaient les indications de son ballon : Dans le cas d'hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta, même avant

tout début de travail, à rompre les membranes là où je pourrai les atteindre et à placer un ballon dans la cavité de l'œuf; je suis convaincu que le ballon fera un excellent tamponnement, tout en amenant un travail rapide, remplissant toutes les conditions pour avoir dans ces cas graves, le meilleur résultat possible, en ce qui concerne l'enfant aussi bien que la mère.

Le progrès croissant de la chirurgie devait pénétrer également dans le domaine obstétrical.

Il semble que ce soit l'américain Huston-Ford qui, le premier, ait proposé en 1892, la césarienne abdominale comme moyen de traitement de l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

En France, c'est Lepage qui, le premier, en 1900, fit une opération de Porro pour hémorragie grave par insertion vicieuse du placenta dans un utérus fibromateux. Bon résultat pour la mère et pour l'enfant.

De 1900 à 1907, quatre cas de placenta prævia seulement furent traités en France par la méthode chirurgicale, il s'agissait des dystocies complexes. C'est donc à titre tout à fait exceptionnel que le traitement chirurgical fut pratiqué.

En Allemagne, une réaction très vive se manifesta en 1908, contre la césarienne abdominale, préconisée par Sellheim et Krönig.

Schauta, en Autriche, déclara en 1909 que, sur les 438 cas de placenta prævia observés dans sa clinique, il ne s'en était pas rencontré un seul remplissant les conditions nécessaires pour justifier le traitement chi-

rurgical dans le seul intérêt de l'enfant, la vie de la mère étant trop exposée par la césarienne.

En Amérique et Angleterre, les résultats du traitement chirurgical ne furent pas bons et cette thérapeutique ne fut appliquée qu'à titre exceptionnel.

En Italie, le traitement chirurgical ne fut pratiqué qu'exceptionnellement.

En France la réserve était grande, quoique Bar, au Congrès de Pesth, en 1910, ait accepté la pratique de la césarienne à titre exceptionnel; mère sûrement pas infectée, enfant bien vivant, bonnes conditions permettant l'acte chirurgical.

Le rapport de M. le Professeur Couvelaire, présenté au Congrès de Berlin, en 1912, traduit l'opinion des accoucheurs français : la pratique systématique de la césarienne pour placenta prævia est injustifiée, les résultats obtenus par les méthodes obstétricales pour les mères accouchées dans des bonnes conditions, n'étant pas inférieurs à ceux obtenus par le traitement chirurgical, au contraire.

Une année après, en 1913, M. le Docteur Cathala, publia le résultat excellent, obtenu en pratiquant une opération césarienne conservatrice pour insertion vicieuse du placenta.

Au congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française, qui a eu lieu à Paris, en 1921, Hénrotay, rapporteur, conclut à l'emploi de la césarienne conservatrice exclusivement chez les femmes à termes ou près du terme, non infectées, anémiées par des

hémorragies répétées ou au cours d'une hémorragie massive, le col n'étant pas perméable.

En Allemagne, à la suite des travaux de Sellheim et Krönig, la pratique chirurgicale prend un grand développement, mais n'est admise que pour le placenta prævia central.

En France, c'est M. le Professeur Brindeau, le premier, qui a eu le grand mérite de se tourner plus résolument vers les solutions chirurgicales, grâce à sa pratique de la césarienne basse qu'il avait, avec Schickelé, introduite en France en 1919-20.

En conclusion, nous voyons qu'il y a treize ans, au Congrès de Paris de 1921, les méthodes obstétricales avaient encore sans conteste la faveur des accoucheurs français, la césarienne restant indiquée pour des cas exceptionnels.

Actuellement tous les accoucheurs se déclarent éclectiques et partisans tantôt du traitement obstétrical, tantôt du traitement chirurgical. En pratique, cet électisme s'échelonne très diversement, et se traduit parfois par l'exclusion à peu près complète de l'un ou de l'autre.

C'est depuis 1927 que le traitement chirurgical a rallié plus de suffrages, mais comme nous allons le voir plus loin, il ne constitue pas encore à l'heure actuelle, le traitement de choix du placenta prævia.

Y A-T-IL A L'HEURE ACTUELLE UN TRAITEMENT DE CHOIX DU PLACENTA PRÆVIA ?

Nous emprunterons la réponse à cette question aux nombreuses discussions qui ont eu lieu au VIII^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, qui a eu lieu à Paris, en octobre 1933, et dont la première question portait sur le « Traitement chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur ».

M. le Professeur Brindeau qui a été parmi les premiers à employer la césarienne dans le traitement du placenta prævia, a eu l'occasion de pratiquer 62 césariennes abdominales depuis 1922. Sur ce chiffre total de 62, nous devons préciser qu'il y a eu 14 césariennes corporéales, et 48 segmentaires. Les résultats obtenus sont :

Mortalité pour la mère : 2,8 % dans les segmentaires, 14,3 % dans les corporéales.

Pour le fœtus, mortalité : 4,8 %.

Malgré ces bons résultats, M. le Professeur Brindeau ajoute que le traitement des hémorragies pour placenta prævia doit être différent suivant le milieu, et il ne croit pas qu'on doive abandonner le traite-

ment obstétrical.

Voilà d'ailleurs la réponse même du Professeur Brindeau à ce sujet : « Ce qui prouve que nous n'abandonnerons pas le traitement obstétrical, c'est que nous l'avons pratiqué 11 fois dans ces dernières années (3 applications de ballon, 4 Braxton-Hicks, 4 versions différentes). Ces onze femmes ont quitté l'hôpital après guérison, 7 enfants sont morts. La rupture large des membranes, la version de Braxton-Hicks, l'introduction du ballon de Champetier de Ribes *in utero*, rendront des grands services, quand le col est suffisamment dilaté ou dilatable, et surtout lorsque le doigt rencontre les membranes (insertions **latérales ou même marginales**). »

En résumé, le Professeur Brindeau pense que dans les maternités ou cliniques, les accoucheurs doivent, surtout dans les cas graves avec placenta recouvrant, pencher plutôt vers les procédés chirurgicaux. En dehors des maternités ou des cliniques, le traitement obstétrical devra surtout être employé.

Les procédés obstétricaux ont aussi des partisans à l'étranger : ainsi le Professeur Hauch, de Copenhague, exprimait ainsi son opinion : « Si on m'amène par exemple une femme avec une hémorragie grave, saignant à flot, c'est l'hémostase qui s'impose tout d'abord, et non pas l'accouchement.

« L'hémorragie sera vite vaincue dans la plus grande part des cas par l'application d'un ballon ou par la version... »

MM. Paucot (Lille), et Reeb (Strasbourg), les rapporteurs de cette question, rejettent l'emploi des pro-

cédés obstétricaux, et sont partisans de l'intervention chirurgicale et notamment de la césarienne basse. Pourtant, du tableau statistique comparant la fréquence des procédés obstétricaux et chirurgicaux, on déduit que les méthodes obstétricales tiennent toujours une très large place et ne sont pas près d'être abandonnées, parce qu'il y est recouru dans 70 à 80 % des cas, par ceux mêmes qui reconnaissent les mérites des méthodes chirurgicales et plus spécialement de la césarienne basse. *Ils concluent que l'intervention chirurgicale reste réservée aux cas jugés cliniquement graves, et ceux qui l'emploient systématiquement sont rares, plus nombreux étant les accoucheurs qui sont restés étroitement fidèles aux procédés obstétricaux.*

M. Delmas (Montpellier), considère qu'il n'est pas possible d'envisager un seul et unique traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse. Mais il propose une méthode personnelle pour vider rapidement l'utérus de son contenu : « Les évacuations ne sont que l'application à la clinique obstétricale pour réaliser la libre pratique de cette hypotonie que donne la rachianesthésie en touchant les racines antérieures. »

M. Brault (Rennes) n'emploie pas du tout le ballon de Champetier de Ribes et il préfère de beaucoup la césarienne.

Enfin, notre maître, M. le docteur Cathala, fait un exposé détaillé des méthodes employées dans son service à la Maternité de Saint-Louis, où il y a eu entre le 1^{er} janvier 1920 et le 31 décembre 1932, 13 morts par placenta prævia sur un total de 52.057 accouche-

ments, soit en chiffre rond, une mort pour 4.000 accouchements. Plus de la moitié des femmes étaient dans un état grave à leur entrée dans le service.

Sur 11 femmes traitées chirurgicalement, 3 sont mortes : une césarienne haute avec mort par péritonite, une césarienne basse suivie d'hystérectomie pour persistance de l'hémorragie avec mort sur la table d'opérations ; une hystérectomie d'emblée chez une femme ayant des signes d'anémie grave et d'infection (deux autres cas de mort après hystérectomie pour rupture utérine après extraction du fœtus doivent être comptés dans les cas obstétricaux). L'étude des observations montre que la majorité des femmes qui sont mortes de placenta prævia, sont arrivées dans le service dans un état extrêmement grave, trop tard pour que le traitement quel qu'il soit, chirurgical ou obstétrical ait pu être appliqué utilement.

Il faut noter que, en 13 ans, dans une maternité très active, une seule femme a succombé de placenta prævia après l'emploi du ballon de Champetier de Ribes. Ce procédé a pourtant été employé très souvent dans le service pour le traitement de l'insertion basse; il donne donc des résultats satisfaisants et doit être conservé dans le traitement du placenta prævia.

De l'avis de notre maître, parmi les autres méthodes obstétricales, l'extraction du fœtus donne des mauvais résultats, surtout pratiquée avant la dilatation complète. L'abaissement d'un pied est un procédé qui donne des mauvais résultats, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

En conclusion, les femmes qui succombent sont des

femmes qui sont envoyées trop tardivement à l'hôpital; si elles étaient envoyées de bonne heure, le résultat n'atteindrait pas une mort par placenta prævia sur 10.000 accouchements.

De l'avis de notre maître, le traitement chirurgical doit rester l'exception, son indication étant à peu près absolue dans les cas suivants, qui sont relativement rares :

Hémorragies qui se répètent au cours de la grossesse;

— abondantes chez une primipare au début du travail;

— qui persiste abondante après la rupture des membranes ou tout autre traitement obstétrical;

Placenta recouvrant, dystocie complexe.

Le plus souvent le traitement obstétrical est suffisant. Peuvent s'employer suivant les cas :

la rupture simple des membranes;

l'abaissement d'un pied, en cas de siège, sans extraction;

l'emploi du ballon de Champetier de Ribes;

la basiotripsie si l'enfant est mort;

le forceps et la version à dilatation complète.

Parfois, quand la femme est très anémiée et en état de choc, une *intervention obstétricale* qui peut la délivrer rapidement sans anesthésie est préférable à une opération chirurgicale sous anesthésie générale ou rachidienne.

Sans avoir une préférence exclusive pour la méthode obstétricale ou la césarienne, M. le docteur Ca-

thala estime qu'il est toujours nécessaire de prendre une série de précautions à l'égard d'une femme qui a eu des hémorragies à la fin de sa grossesse. Ainsi le travail doit se faire dans une maternité ou clinique; on doit surveiller attentivement la femme et *être prêt à opérer en quelques instants si elle présente des signes d'anémie avant la dilatation complète*. Il faut opérer sans trop attendre, et toujours penser à la possibilité d'une hémorragie au cours de la délivrance.

La conclusion de la communication de M. le docteur Cathala est que d'autres modes de traitement que la rupture des membranes et la césarienne peuvent être employés et, somme toute, on doit être éclectique dans **le traitement du placenta prævia**.

Malgré la richesse des arguments et des chiffres apportés par les distingués participants de ce Congrès, la possibilité d'un traitement exclusif du Placenta prævia n'est pas à envisager.

Il faut être éclectique, il n'y a pas un seul et unique traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse, étant donné : les variétés topographiques du Placenta prævia et les altérations tissulaires qui en résultent; la diversité de ses aspects cliniques en ce qui concerne la durée et le degré des hémorragies et leur répercussion sur l'état général; la perméabilité, l'état et la longueur du col, l'accès aux membranes; la valeur obstétricale de la parturiente, le degré d'infection toujours possible, la viabilité de l'enfant, le moment où l'intervention s'impose.

Loin de vouloir appliquer un seul traitement à tous les cas d'hémorragie par placenta prævia, il faut au

contraire choisir après une analyse clinique approfondie, le mode de traitement qui convient le mieux pour chaque cas. Ce choix dépend encore du milieu où se trouve la parturiente et la possibilité de transport dans un service obstétrical pourvu de ressources cliniques suffisantes.

Le pronostic encore grave de l'hémorragie par insertion basse du placenta serait encore amélioré si, aussi bien les accoucheurs que les médecins praticiens, adoptaient comme un principe absolu la nécessité de faire hospitaliser d'urgence une femme près du terme qui saigne, au même titre qu'une grossesse tubaire rompue, qu'une appendicite aiguë, qu'une hernie étranglée. En temporisant une aggravation subite et souvent fatale peut se produire. On prendra évidemment la précaution d'inhiber les contractions pendant le transport par une injection de morphine ou pantopon, mais surtout par l'administration d'un lavement laudanisé, à garder.

En résumé, de la conduite adoptée par un grand nombre d'accoucheurs et des résultats qu'ils ont obtenus, nous pouvons déduire que les hémorragies par insertion basse du placenta restent pour la majorité justiciables du traitement obstétrical, mais qu'il convient, sans employer systématiquement la césarienne basse, d'y recourir plus largement.

En réalité on ne peut opposer les méthodes obstétricales et surtout l'emploi du ballon de Champetier de Ribes à l'intervention chirurgicale, les premières donnant surtout de bons résultats pour les mères, la deuxième étant plus favorable à la sauvegarde de la vie de l'enfant.

Dans le chapitre précédent nous avons vu que depuis l'emploi de la césarienne, le ballon de Champetier de Ribes est rejeté par beaucoup d'accoucheurs, de la thérapeutique du Placenta prævia.

Est-ce avec raison? Faut-il proscrire l'emploi du ballon?

Pour nous rendre compte de la réponse apportée par les faits cliniques à la question ci-dessus, nous avons recherché dans le service de notre maître, le docteur Cathala, à la maternité de Saint-Louis, où d'une façon éclectique on applique le traitement approprié, et, comme souvent cette décision est prise par un accoucheur de garde, on comprend que toutes les méthodes de traitement du placenta prævia sont employées, sans parti-pris.

Étudions les résultats donnés par la pose de ballons de Champetier de Ribes, méthode qui a été employée dans un certain nombre de cas, entre les années 1926 à 1933.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Per..., entrée dans le service le 29 décembre 1926. V^e pare. Grossesses précédentes normales, accouchements spontanés. Dans les antécédents pas de maladie importante à signaler; réglée à 17 ans 1/2. Bassin normal. D. R. avril 1926. Le 29 déc. 1926 a perdu une notable quantité de sang. Début du travail le 29 déc. Sommet. Rupture artificielle des membranes. A 17 h. les bruits du cœur ne sont pas perçus. Nouvelle perte de sang. On fait une pose de ballon vers 17 h. 1/4. A 18 h. 1/2 dilatation complète. Procidence d'un bras. Version à terme par manœuvres internes. Fille morte, pesant 3.150 gr. Délivrance artificielle, 500 gr. Dans les suites de couches, élévation thermique autour de 39° pendant quelques jours. Sort en bon état le 17-1-1927.

OBSERVATION N° 2

D... (Garcia), 38 ans, entrée le 2 juin 1928, à 8 h. Réglée à 11 ans. VIII^e pare. Six accouchements à terme, en dernier une F. C. de 2 mois 1/2. Bassin nor-

mal. D. R. nov. 1927. Au début du mois de juin a eu une forte hémorragie suivie de syncope. Depuis, pertes de sang continuelles. Depuis le 1^{er} juin pertes d'eau. Début du travail le 6 juin 1928, à 8 heures. Sommet. Rupture spontanée des membranes. A 11 h. 30 la malade perd des gros caillots. On fait une pose de ballon, on introduit 500 gr. d'eau. A 12 h. 30 expulsion du ballon. A 12 h. 35 accouchement spontané OIGA-OP. Fille ranimée après 1 h. 15 de soins, morte peu de temps après, pesant 2.750 gr. Del. N. C. 640 gr., étalée. Suites de couches normales. Sort le 15 juin 1928 en bon état.

OBSERVATION N° 3

Il... (Angèle), 34 ans, entre le 30 mai 1928. Réglée à 14 ans. VII^e pare. 1 F. C. de 3 mois. 1 acc. prématuré de 8 mois, 1 acc. normaux. Bassin normal. D. R. du 16-20 sept. 1927. Le 17 avril 1928, à 11 heures du soir, brusquement, sans douleur, présente une hémorragie qui dure environ 3 heures. Reparaît un mois et demi plus tard, le 30 mai, à 2 heures du matin, dure jusqu'à 8 heures du matin, quand la malade est transportée à l'hôpital. Début du travail le 9 juin 1928, à 3 h. 1/2 du matin. Siège décomplété, mode des fesses.

Rupture artificielle des membranes le 9 juin 1928, à 9 h. 30, à la suite d'une nouvelle hémorragie. Continue à perdre de gros caillots. A 10 h. 30 on fait une pose de ballon contenant 400 gr. d'eau. Après la pose

du ballon, état syncopal de la femme. Injection de sérum, H. C. A 11 h. 15 on retire le ballon qui était dans le vagin. A 12 h. 5 acc. spontané SIGA-SP. Fille mort-née, pesant 3.050 gr. Del. N. C. 580 gr. Suites de couches, T° varie entre 38°-39°, sort le 26 juin 1928, en bon état.

OBSERVATION N° 4

R... (Eugénie), 27 ans, entrée le 14 oct. 1928, à 3 h. du matin. Régée à 15 ans, fièvre typhoïde à 19 ans. III^e pare : 1 acc. artif. à terme, deuxième acc. spontané, à terme. Bassin normal. D. R. avril 1928. Depuis un mois la malade perdait du sang. Depuis 8 jours perd des caillots rouges, malgré le repos absolu. La nuit dernière hémorragie abondante, syncope. Est transportée à l'hôpital, continue à saigner et expulse des gros caillots. A 3 heures du matin, à l'entrée, pouls à 120', à 9 heures, pouls à 140'. H. C., 500 gr. sérum. Le 14 octobre 1928, à 10 h. 45, on fait une pose de ballon pour hémorragie abondante. Expulsion du ballon à 1 h. 10, avortement spontané, fœtus sexe masc., mort-né, 1.020 gr., D. N. C. 380 gr. Face interne dépolie. Placenta chair à saucisse. Suites de couches normales. Sort le 21 oct. 1928, en bon état.

OBSERVATION N° 5

D... (Victorine), 42 ans, entrée le 16 sept. 1929. Régée à 14 ans, irrégulièrement. Scarlatine à 30 ans. Albu-

mine pendant la grossesse. VI^e pare : 4 acc. normaux à terme, 1 F. C. de 2 mois 1/2 suivie de curettage. Bassin normal. Sommet. D. R. le 18 janv. 1929. Perd du sang depuis le 16 oct., en petite quantité, sans arrêt. A 18 heures expulsion de caillots, pouls rapide. A 20 heures la femme saigne toujours, elle est pâle, pouls à 180'. Le 23 sept., à 12 heures, on fait une pose de ballon; à 16 heures on retire le ballon, la dilatation est à 5 francs. A 21 h. 30, après manœuvre de Braxton-Hicks, extraction d'un enfant mort-né, de sexe fém., 2.280 gr. Del. art. 400 gr., membranes déchirées. Le 24 sept. à 2 heures, mauvais état général, on fait une transfusion. Sort le 6 oct. 29 en bon état.

OBSERVATION N° 6

P... (Marie), 25 ans, entrée le 13 mai 1930. Typhoïde à 10 ans, réglée à 14 ans. V^e pare : 4 acc. normaux, après le dernier a fait une phlébite. Bassin normal. Sommet. D. R. imprécis, la femme nourrissait. Pendant la grossesse a eu des pertes de sang; le 13 mai, à 11 heures, nouvelle hémorragie, placenta inséré bas, dilatation à 2 francs, membranes intactes. B. d. c. bons. Rupture artificielle des membranes. A 11 h. 30 pose de ballon, pouls à 120'. A 12 h. 30 expulsion du ballon. La femme a des bonnes contractions, col dilaté à 5 francs, pouls à 116', on sent le placenta dans le col. A 11 heures la femme continue à saigner, pouls à 108'. B. d. c. bons. A 14 h. 30 la femme ne saigne plus, les

bruits du cœur ont disparus. A 15 h. 20 expulsion spontanée du placenta suivie d'acc. spontané à terme OIDP-Op. Fille mort-née, 3.420 gr. Placenta presque entièrement découronné, 700 gr. Membranes expulsées en bloc. Suites de couches normales. Sort le 25 mai 30 en bon état.

OBSERVATION N° 7

D... (Marguerite), 26 ans, entrée le 4 juillet 1931 ; réglée à 17 ans. D. R. du 16 au 22 nov. 1930. Bassin normal, épaule. Perte de sang vers le 7^e mois. Le 4 juillet forte hémorragie, la femme est transportée à l'hôpital. Le même jour, à 20 heures, pose de ballon, poche des eaux intacte. A 20 h. 45 la femme ne perd plus. Le 5 juillet, à 6 heures, expulsion du ballon et des caillots. La femme ne perd plus. A 8 heures rupture de la poche des eaux. A 8 h. 30 la femme recommence à perdre ; on constate la présentation de l'épaule. Après version extraction d'un fœtus macéré, sexe masc., 1.600 gr. Del. art. 300 gr. Ergotine, H. C. 20 cc. Le lendemain T° à 39°, descend vite à 37°5. Réaction B.-W. négative. Sort le 16 juillet en bon état.

OBSERVATION N° 8

C... (Marthe), 30 ans, entrée le 17 juillet 1931. Réglée à 16 ans. II^e pare : F. C. de 3 mois en 1930. Bassin normal. Sommet. D. R. début du mois de décembre 1930.

La malade perd du sang depuis 2 mois environ. Le 17 juillet nouvelle hémorragie importante vers 8 h. Pas de bruits du cœur. T. V. : col perméable, T° 37,8, pouls à 100. Rupture des membranes spontanée. A 11 heures pose de ballon, sérum physiologique, H. C. pouls 150'. A 12 h. 15 expulsion spontanée du ballon. A 12 h. 25 acc. spontané, fille mort-née, 1.770 gr. Del. N. 370 gr., point douteux sur le petit côté. Suites de couches normales. Sort le 25 juillet en bon état.

OBSERVATION N° 9

D..., 29 ans, entrée le 10 fév. 1932. Réglée à 11 ans et demi. II^e pare. 1^{er} acc. par forceps. Bassin normal. Sommet. D. R. du 22 au 28 juin 1931. Première hémorragie le 27 déc. 1931. La malade a fait six hémorragies depuis lors. Nouvelle hémorragie dans le service à 11 h. 45. A 13 heures pas de travail, à 13 h. 45 la femme continue à perdre. Dilatation à 1 fr. On sent le placenta central. Rupture artificielle des membranes et pose de ballon. A 17 h. 40 expulsion du ballon. A 17 h. 45 expulsion spontanée d'une fille vivante, OIGA-Op, 2.150 gr. Délivrance art. pour choc, 340 gr. Cotylédons accessoires. Suites de couches normales. Enfant nourri au lait maternel complété avec du lait stérilisé. Mère sort le 20 février 1932 en bon état, enfant pèse 1.960 gr.

OBSERVATION N° 10

L..., 25 ans, entrée le 22 sept. 1933, envoyée du service de médecine où elle était hospitalisée pour insuffisance cardiaque, à la suite d'une abondante perte de sang. Elle a été souvent malade dans son enfance. Rhum. A. A., Retr. M.; actuellement soignée pour la syphilis. T. A. 10-6. VI^e pare : 1 F. C. de 3 mois; un accouchement à terme, F. C. de 2 mois 1/2, grossesse gémellaire (un jumeau mort à 2 mois, l'autre à 20 mois), F. C. à 2 mois 1/2. Bassin normal. Sommet. D. R. terminées le 17 janvier 1933. Perte de sang abondante il y a environ 2 mois, elle est hospitalisée, les pertes s'arrêtent. Hier soir (21 sept. 33) nouvelle hémorragie dans le service. Transfusion 250 cc., sérum, H. C., caféine. Le col est dilaté à 5 fr. Placenta prævia central. Pose de ballon (200 cc.). L'hémorragie s'arrête. Les S. G. s'améliorent. A 8 heures du matin aggravation des S. G., syncopes subintrantes, la femme succombe à 9 heures.

OBSERVATION N° 11

C..., 36 ans, entrée le 14 nov. 1932. Régée à 12 ans. III^e pare. Bassin normal, sommet. D. R. du 26 au 27 février 1932. Première hémorragie vers le début d'octobre. Le 1^{er} nov. syncope sans hémorragie. Deuxième hémorragie le 13 nov., tendance syncopale. Entre à

l'hôpital. Le 17 nov., à 1 heure, entre à la salle de travail à la suite d'une importante hémorragie. Quelques contractions. B. d. c. bons. Pouls à 90'. A 1 h. 30 la femme continue à perdre. H. C. Sérum 200 gr. A 2 heures la femme ne perd plus. Pas de contractions. B. d. c. bons. Deux syncopes. A 9 h. 30 recommence à perdre. T° à 38, p. à 120'. A 10 h. 15 rupture artificielle des membranes. A 10 h. 30 pose d'un ballon moyen. A 10 h. 50 contractions toutes les minutes.. A 11 heures contractions moins fréquentes, 1/4 cc. hypophyse. P. à 108. A 13 h. 30 contractions douloureuses, la femme ne saigne pas. A 14 h. 40 expulsion du ballon, pas d'hémorragie, dilatation complète. A 14 h. 50 accouchement spontané ORGA-OP; pas d'hémorragie. Garçon mort-né, pesant 2.900 gr. D. N. 470 gr., déchiquetée sur un bord. Dans les suites de couches T° à 40°-41. Une hémoculture montre la présence du streptocoque hémolytique. La malade succombe le 2 décembre.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Notre statistique porte sur 11 observations de pose de ballon de Champetier de Ribes pour hémorragie par insertion basse du placenta, dont la première a été prise le 29 décembre 1926 et la dernière le 22 sept. 1933. Le nombre total d'accouchements pendant cette période a été de 22.641.

Dix fois il s'agit de multipares et une fois d'une femme âgée de 26 ans, dont la parité n'est pas précisée dans l'observation.

La plupart de ces femmes sont d'un âge relativement avancé, variant entre 30 et 42 ans.

On trouve un chiffre de multiparité élevé qui, dans 4 cas, monte à 4, 5, 6, 7 accouchements antérieurs.

Trois fois l'intervention a été pratiquée à terme.

Huit fois les accidents hémorragiques ont nécessité l'intervention avant terme :

1 fois à 5 mois 1/2

1 fois à 7 mois

1 fois à 7 mois 1/2

5 fois à 8 mois.

Variété d'insertion du placenta :

- 9 fois placenta latéral ou latéro-marginal;
- 2 fois placenta prævia central.

Intensité de l'hémorragie :

- 2 fois légère, sans altérer les S. G.;
- 4 fois de moyenne abondance avec répercussion sur l'état général, dont une fois état syncopal, nécessité de faire du sérum H. C.;
- 5 fois grave, malades exsangues. On a pratiqué 2 transfusions (250 cc., 300 cc. avant d'intervenir).

Présentations :

- 8 sommets;
- 1 siège décomplété;
- 1 épaule;
- 1 avortement.

Viabilité des enfants :

- 3 enfants étaient morts avant la pose du ballon;
- 1 décès, enfant né en état d'asphyxie, ranimé après 1 h. 15 de soins, succombe peu après;
- 3 enfants mort-nés, dont un âgé de 8 mois, pour lequel on a fait une version de Braxton-Hicks;
- 1 avortement de 5 mois et demi;
- 1 enfant macéré de 8 mois (épaule, version);
- 1 enfant vivant;
- 1 mère morte avant l'accouchement (obs. 10).

Age, sexe, poids des enfants :

Obs. 1	8 mois	filles	3.150 gr.
— 2	7 mois	—	2.750 gr.
— 3	à terme	—	3.050 gr.
— 4	5 mois 1/2	garçon	1.020 gr.
— 5	8 mois	filles	2.280 gr.
— 6	à terme	—	3.420 gr.
— 7	8 mois	garçon	1.600 gr.
— 8	8 mois	filles	1.770 gr.
— 9	7 mois 1/2	—	2.150 gr.
— 10	—	femme	décédée avant l'accouchement
— 11	à terme	garçon	2.900 gr.

Dans l'ensemble, d'après la date d'apparition et l'intensité de ces hémorragies, nous voyons qu'il s'agit du tableau habituel des hémorragies par insertion basse du placenta. Hémorragies répétées, souvent abondantes, survenant vers la fin de la grossesse, plutôt avant terme, et plus souvent chez des multipares.

Le premier temps du traitement a toujours été, comme il est classique de le faire, une rupture large des membranes. L'hémorragie n'ayant pas cessé, on a fait une pose du ballon dans le double but de lutter contre l'hémorragie et de favoriser la dilatation.

Le temps écoulé entre la pose et l'expulsion du ballon est variable : 1 heure, 2 heures, 4 heures dans plusieurs observations; 8 heures, et le plus long 12 h., dans un seul cas.

Délivrance naturelle (une fois le placenta a été expulsé avant l'enfant) dans 6 cas, artificielle dans 4 cas.

Mode de terminaison de l'accouchement :

- 6 fois accouchement spontané;
- 1 — avortement —
- 1 — version pour épaule;
- 1 — version pour manœuvres internes;
- 1 — manœuvre de Braxton-Hicks;
- 1 — femme morte avant l'accouchement.

Cessation de l'hémorragie. — Dans tous les cas l'hémorragie a été arrêtée par l'application du ballon. Après son expulsion, elle n'est pas reparue. La délivrance n'a jamais entraîné une nouvelle hémorragie.

RESULTATS

I. — A LA MATERNITÉ DE SAINT-LOUIS

Pour la mère : Neuf évolutions favorables, deux décès.

Un décès (Obs. n° 10) survenu chez une VI^e pare, âgée de 25 ans, qui a été transportée dans un état extrêmement grave du service de Médecine où elle était soignée pour insuffisance cardiaque et spécificité. La T. A. : 10-6, T° 38°4, p. à 120°. A son entrée dans le service elle était en proie à une abondante hémorragie. Avant toute intervention on a dû lui faire 250 cc. de sérum et de l'H. C. Légère amélioration. Le lendemain, à 4 heures du matin, elle est dans un état de défaillance cardiaque qui nécessite une transfusion sanguine de 250 cc. On fait une pose de ballon, l'hémorragie s'arrête, les S. G. s'améliorent. A 8 h. du matin syncopes subintrates d'origine cardiaque, la femme succombe à 9 heures.

Il est évident que dans ce cas on ne pouvait pas envisager un traitement chirurgical, la femme étant dans un état de défaillance cardiaque très grave.

Il s'agit donc d'un décès dû à l'insuffisance car-

diague, et nous croyons ne pas devoir établir un rapport entre la manœuvre obstétricale tentée *in extremis* et le résultat final.

Le deuxième décès (obs. 11) est survenu chez une femme âgée de 36 ans, IV^e pare, entrée à la suite d'une hémorragie importante. On a du faire du sérum. On a posé un ballon moyen de Champetier de Ribes, la femme avait eu de bonnes contractions, l'hémorragie avait cessé. L'accouchement s'est produit spontanément, la délivrance a été naturelle, déchiquetée sur un bord. Pas d'hémorragie après la délivrance.

En tant que mode d'action du ballon, aucun incident ne s'est produit; malgré cela, dans les suites de couches, la T[°] oscilla entre 40° et 41°. Une hémoculture montra la présence du streptocoque hémolytique. Cette femme était entrée à l'hôpital en pleine hémorragie, elle a été examinée en ville, on peut entrevoir une possibilité d'infection antérieure à la pose du ballon.

En conclusion, nous croyons pouvoir déduire le décès survenu chez la femme atteinte d'insuffisance cardiaque grave, décès qui ne doit pas entrer en ligne de compte au point de vue des résultats de la pose du ballon. Reste donc :

1 décès sur 10 observations; *le chiffre de la mortalité maternelle sera donc de 10 %.*

Dans l'interprétation de ces résultats nous ferons remarquer qu'il s'est toujours agi d'hémorragie im-

portante, n'ayant pas cessé par la rupture large des membranes, ayant entraîné une anémie grave, nécessitant deux fois la transfusion. Soulignons également le fait que deux fois il s'est agi de placenta prævia centra, dont on connaît la gravité.

Morbidité dans les suites de couches. — Sur les 9 cas à évolution favorable, nous n'avons noté qu'une ascension thermique passagère, sans lendemain. Pas d'infection, pas de phlébite. Les femmes ont quitté en bon état le service au bout de 10 à 12 jours.

A comparer nos résultats à ceux de certaines statistiques qui, dans ces cas graves, donnent un chiffre de mortalité qui est aux environs de 50 %, ou même au chiffre de mortalité de 11 % que l'on trouve dans la statistique de Desoubry, portant sur 27 cas de césarienne pour placenta prævia, nous croyons pouvoir conclure que les résultats obtenus par la pose d'un ballon de Champetier de Ribes en cas d'hémorragie grave due au placenta inséré sur le fragment inférieur, *sont bons pour la mère.*

Pour l'enfant. — Nous avons vu dans le précédent chapitre quel était l'état de viabilité des enfants.

Done, pour savoir le résultat réel de l'action du ballon, nous devrions établir notre statistique sur l'étude de 5 observations où l'enfant était vivant avant l'intervention. Dans les autres cas il s'est agi ou bien des fœtus morts *in utero*, ou bien d'avortements, et dans ces cas naturellement la pose du ballon n'a eu pour but que de sauver la vie de la mère,

il s'agissait de vider l'utérus au plus vite par les moyens les moins choquants.

Il reste donc sur 5 cas : 4 décès, 1 enfant vivant.

Donc, la mortalité est élevée pour les enfants. Mais cette mortalité ne serait-elle pas due à d'autres causes que la pose du ballon ?

Etudions sommairement les conditions dans lesquelles s'est produit le décès dans les 4 cas.

Obs. 2. — Enfant de 7 mois, la mère VIII^e pare a eu des hémorragies de moyenne abondance, mais qui ont duré longtemps. On a posé le ballon à 11 h. 30 et il a été expulsé à 12 h. 30. L'accouchement a eu lieu spontanément à 12 h. 35. L'enfant est né en état d'asphyxie; a été ranimé après 1 h. 15 de soins, mais est mort peu après.

L'action du ballon a été plutôt favorable, le travail n'ayant duré que de 11 h. 30 à 12 h. 35. On pourrait attribuer la cause de la mort à la prématurité ou à la souffrance intra-utérine.

Obs. 3. — Enfant à terme, mère VII^e pare, a eu également des hémorragies abondantes et plusieurs syncopes. Présentation siège décomplété, mode des fesses. L'accouchement a été spontané, 1 h. 35 après la pose du ballon, la délivrance naturelle.

Obs. 5. — Enfant au 8^e mois, la mère a eu des hémorragies abondantes, a présenté de l'albumine pendant la grossesse. On a fait une version de Braxton-Hicks pour extraire l'enfant. La part du ballon dans l'échec final est discutable.

Obs. 11. — Enfant à terme, mais femme ayant beaucoup saigné. A eu un mauvais état général, plusieurs syncopes, un pouls à 120'. L'accouchement a été spontané, la délivrance naturelle, le travail a duré 4 h. environ. Ne pourrait-on pas penser que l'enfant était à la limite de la viabilité plutôt que d'attribuer la mort à l'action du ballon?

En conclusion, cette méthode, malgré le travail rapide qu'elle déclenche, donne des mauvais résultats pour l'enfant. Mais nous allons voir plus loin quelle place occupe la vie de l'enfant dans la thérapeutique à choisir dans le placenta prævia.

II. — AUTRES STATISTIQUES

A) Nous trouvons dans la thèse de P. Danis, de 1889, ce qui suit :

A) Nous trouvons dans la thèse de P. Danis, de 1889, on a employé 13 fois le ballon de Champetier de Ribes pour hémorragies dues à l'insertion basse du placenta, entre le 1^{er} juillet 1888 et le 1^{er} janvier 1899.

Sur ces 13 femmes il y avait une seule primipare. L'hémorragie par sa fréquence en abondance a nécessité une intervention qui puisse mettre fin rapidement à la grossesse. Le ballon, après la mise en place, fut expulsé au bout d'un temps qui varia entre 2 h. et 15 h. La moyenne obtenue est de 9 h.

La rupture des membranes fut toujours pratiquée

aussi largement que possible avant l'introduction du ballon de Champetier de Ribes. Dans trois cas où un léger intervalle de temps s'écoula avant que l'on introduise le ballon, l'hémorragie continua. La rupture des membranes seule ne suffit donc pas toujours à l'hémostase.

Dans une observation, comme un paquet du cordon fut senti à travers les membranes, on introduisit le ballon sans les rompre, par crainte d'une procidence. L'hémorragie cessa donc néanmoins quand le ballon fut gonflé au maximum.

Cette intervention n'est pas dangereuse pour la mère, *une seule femme* a succombé, mais son état à l'entrée était des plus graves. T. à 39°5, pouls à 114. Cette femme était exsangue, muqueuses décolorées avec état syncopal.

Pour ce qui est des fœtus, on obtint 5 enfants vivants dont 1 mourut le lendemain. Sur 13 observations, 8 enfants morts, dont trois avaient cessé de vivre lorsque l'on introduisit le ballon.

B) Dans la thèse de Mlle Goldenberg (1933), nous trouvons une statistique portant sur 10 observations de pose de ballon pour l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, du service du Dr. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière.

Etudions les résultats :

Sur 10 cas, 8 fois il s'est agi de multipares, deux fois seulement de primipares.

Une seule fois l'intervention a été pratiquée à terme.

Pronostic maternel : un décès, neuf évolutions favorables.

La femme qui est morte était dans un état très grave, hémorragie très abondante, on a dû pratiquer une transfusion avant toute manœuvre obstétricale. Pour extraire l'enfant on a dû faire une basiotripsie suivie de version podalique.

Pronostic fœtal : deux enfants vivants sur 10 cas.

C) Dans la thèse de Desoubry (1925), nous trouvons le tableau suivant dont les chiffres qui portent sur les résultats de l'emploi du ballon sont favorables à la méthode.

	Date de la publication	Mortalité mat.	Mortalité fœtale
Hannes	1909	5,5 %	25 %
Peannenstiel	1909	5,5 %	51 %
Zimmermann (Duisbourg) ...	1909	3,3 %	23,7 %
Bar (Congrès de Pesth)	1910	7,8 %	60,5 %
Heinlein	1922	2,2 %	19,3 %
Mayer (Hambourg)	1922	6,1 %	61 %

COMPARAISON AVEC LES AUTRES TRAITEMENTS

I. — AVEC L'OPÉRATION CÉSARIENNE

C'est la méthode qui, actuellement, est employée par beaucoup d'accoucheurs dans le traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

Il est incontestable qu'à l'heure actuelle la méthode chirurgicale peut donner pour les mères des résultats sensiblement voisins de ceux qu'on obtient avec les procédés obstétricaux classiques et que les résultats qu'elle donne vis-à-vis de l'enfant sont considérablement plus satisfaisants.

Mais la césarienne n'est pas toujours justifiée pour la mère, et sa pratique systématique doit être rejetée, car une femme qui présente une insertion basse du placenta peut, après des hémorragies quelquefois mêmes abondantes au cours de sa grossesse ou au début de son travail, accoucher spontanément et sans incidents. Dans d'autres cas son accouchement peut ne nécessiter que de petites interventions, rupture des membranes, ballon de Champetier de Ribes, etc.

La césarienne systématique en cas de placenta

proœvia doit être au point de vue du pronostic maternel, considérée comme une opération grave et absolument rejetée. Considérant les risques immédiats et tardifs que la césarienne comporte, nous voyons qu'elle doit être à l'heure actuelle considérée encore comme une opération sérieuse.

Risques immédiats, dans les jours qui suivent l'opération : *accidents infectieux*, au premier plan la *péritonite*, la *phlébite* qui apparaissent à la faveur de ces hémorragies plus ou moins abondantes qui, suivant le mot de Hauch « font une route toute tracée pour l'ascension des microbes dans l'utérus et surtout dans les veines utéro-placentaires. »

Risques éloignés qui apparaissent aux grossesses ultérieures.

La césarienne, en effet, laisse un utérus anormal, diminué dans ses moyens et l'état de la cicatrice est à l'origine de multiples accidents tardifs d'inégale valeur. Ainsi les uns sont rares et de peu d'importance, nous les citerons à titre accessoire, les autres sont plus importants et le plus grand danger qui persiste du fait d'une cicatrice existant sur le corps utérin est la rupture possible lors d'une grossesse ultérieure. Il est donc d'une importance capitale pour les femmes césarisées, d'accoucher lors d'une grossesse ultérieure par les voies naturelles.

Parmi les complications tardives de moindre importance, les unes tiennent aux adhérences que l'utérus contracte avec les organes voisins; parfois, lors d'une grossesse ultérieure, le placenta peut adhérer à

la cicatrice, comme l'ont montré MM. Brindeau et Hauch, en particulier. D'après Bar et Pinard, dans 50 % environ des cas, il faut compter trouver des adhérences utéro-pariétales ; nous croyons qu'à l'heure actuelle ce chiffre a beaucoup diminué, surtout dans les cas de césarienne supra-symphisaire. Quelques rares fois ces adhérences peuvent apporter un obstacle à la marche régulière du travail, ou par leurs connexions avec l'intestin, produire des accidents, et en particulier de l'occlusion intestinale. Ces adhérences, toutefois, ne constituent pas en général un obstacle très sérieux, et ne tiennent qu'une petite place dans les causes des accidents tardifs de la césarienne.

La gravité des complications liées à l'état de la cicatrice a été envisagée depuis longtemps ; ainsi, dès 1909, M. le Professeur Couvelaire, dans son rapport à la Société Obstétricale de France, insistait tout particulièrement sur la menace permanente de rupture qui guette les femmes césarisées. L'utérus « post-partum » est un organe qui se contracte et se relâche, la suture est constamment mobilisée, ce qui empêche souvent l'exacte coaptation des lèvres de la plaie.

Il est vrai qu'assez souvent la cicatrisation est parfaite, moins élevée que dans la statistique d'Audebert qui donne un chiffre de 73 % de cicatrices musculaires parfaites (Desoubry, Thèse 1925). Mais quelle que soit l'évolution histologique de la plaie utérine, il n'en reste pas moins qu'on ne peut pas être absolument certain de la solidité d'une cicatrice post-

césarienne. Evidemment, le pronostic éloigné dépend dans une large mesure de la technique opératoire, de l'infection possible des fils, du mode d'élimination de ceux-ci.

La fréquence des accidents de rupture serait pourtant de 6 %, chiffre qui comporte donc une limitation des grossesses ultérieures. Mais si le danger au cours de la deuxième grossesse est en réalité faible, celui-ci augmente considérablement avec la troisième.

Tout ce qu'on vient de dire s'applique surtout à la césarienne classique, en ce qui concerne la césarienne supra-symphysaire les avis étant encore divergents.

Pour ces raisons, on peut conclure qu'à l'heure actuelle encore, la césarienne n'est pas une opération bénigne et sans risques. Elle comporte en effet des complications de trois ordres d'inégale importance qui, d'après Desoubry sont les suivantes :

Au premier plan et de beaucoup la plus importante : *la possibilité de complications infectieuses.*

Au second plan : la limitation obligée des grossesses.

Au troisième plan : les risques des ruptures tardives.

Enfin, très accessoirement, les accidents hémorragiques tardifs.

Nous voyons donc que pour la mère la césarienne ne peut pas toujours être employée et surtout ne doit pas être employée systématiquement; nous citons à ce sujet un passage de l'article de Mouchotte, paru en 1910, sur cette question : « Le fait que le placenta

prœvia est une dystocie passagère qui, le plus souvent, ne se reproduit pas lors d'autres grossesses, cette complication relève donc surtout et avant tout d'une thérapeutique qui ménage la fonction. »

Voilà pourquoi la méthode préconisée par M. le Professeur Pinard, aura toujours pour elle des accoucheurs prudents, soucieux non seulement de sauvegarder dans la plus large mesure la vie des mères, mais d'assurer à celles-ci la possibilité de réparer dans l'avenir le désastre fœtal présentement inévitable.

Beaucoup d'accoucheurs sont partisans de la césarienne en vue de la sauvegarde de la vie de l'enfant. Mais en consultant n'importe quelle statistique, on peut voir combien les enfants dont le placenta est bas inséré sont parfois des prématurés et des débiles, qui auront des chances de mourir dans les jours qui suivent la naissance.

Aussi un grand nombre d'auteurs ont-ils trouvé dans cette débilité fréquente en cas de placenta prœvia un motif suffisant pour rejeter la méthode opératoire. Si celle-ci, disent-ils, pour les enfants donne des résultats immédiats, satisfaisants et indubitablement plus brillants que les procédés obstétricaux, ces résultats sont parfois plus apparents que réels, car les enfants meurent dans les jours qui suivent l'opération.

La débilité congénitale explique suffisamment la cause de la mort de ces enfants qui n'ont présenté aucun signe de souffrance au cours du travail.

De nombreux auteurs parmi lesquels Routh, Schau-

ta, Novak, ont estimé à 30 % la proportion des enfants prématurés en cas de placenta prævia. Mouchotte, en 1910, sur 183 produits, trouve 46 morts *in utero*, 11 enfants nés vivants mais débiles et succombant après quelques heures ou en quelques jours. Le même auteur examinant en détail les statistiques de la clinique Baudelocque, en 1910, montrait que, sur les 82 enfants mort ou inaptes à la vie extra-utérine en cas de placenta prævia, *cinq fois* seulement étaient réunies les conditions indispensables pour permettre de venir au secours d'enfants bien développés et cliniquement bien portants, en utilisant la voie haute.

Schauta, en 1919, en répliquant aux arguments de la césarienne systématique, déclarait que sur 83 cas de placenta prævia observés sur 53.000 accouchements, il n'en avait pas rencontré un seul remplissant à son avis les conditions indispensables pour autoriser cette opération en ne considérant que l'intérêt de l'enfant.

M. le Professeur Couvelaire montre que le pourcentage de mortalité décroît avec le degré de maturité de ces enfants. Mais nous avons vu que très souvent ces enfants sont des prématurés.

On peut donc conclure que chez les prématurés qui, en raison même de leur débilité, et en l'absence de tout traumatisme courent souvent de gros risques, il est déraisonnable d'intervenir chirurgicalement. A plus forte raison si ces prématurés présentent au début du travail des signes de souffrance. Dans un grand nombre de cas il semble donc que la vie de l'enfant,

déjà considérablement compromise, ne doit pas entrer en ligne de compte, ni influencer le choix du traitement, le souci de beaucoup le plus important étant celui de sauver la vie de la mère.

II. — AVEC L'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons montré dans le précédent chapitre combien on doit s'appuyer sur un examen clinique approfondi de chaque cas d'hémorragie par placenta prævia pour pouvoir choisir l'opération césarienne comme moyen heureux de traitement.

Pour faire subir à une parturiente en proie à une hémorragie par insertion vicieuse du placenta les risques d'une hystérectomie, il faut être dans des conditions toutes particulières de gravité ou de complexité clinique.

Voilà quelles sont ces indications :

certaines grosses hémorragies,

certaines infections graves,

certaines lésions utérines liées à l'existence d'un placenta prævia, ou coexistant avec lui, par exemple, déchirures utérines, adhérences placentaires, hématomes sous-péritonéaux.

L'hystérectomie doit être considérée comme une intervention très sérieuse, non seulement parce qu'elle est choquante, *mais aussi et surtout parce qu'elle entraîne la suppression de la fonction.*

Elle est plus défendable chez la multipare en cas

d'hémorragie ou, s'il existe un fibrome ou cancer.

Dans ce cas il serait préférable de faire une hystérectomie sans incision préalable de l'utérus et extraire rapidement l'enfant après.

L'indication majeure est la nécessité de réaliser immédiatement une hémostase définitive.

Il est indiqué d'enlever l'utérus tant que l'infection est encore locale, avant qu'elle ne se soit généralisée.

III. — DILATATION DU COL

Il s'agit d'obtenir une dilatation méthodiquement rapide, ayant pour but d'essayer de réunir dans un même procédé les avantages de l'accouchement forcé et du tamponnement. Les moyens proposés, nombreux d'ailleurs, sont les suivants :

Dilatation fœtale (Braxton-Hicks); dilatation élastique, manuelle et instrumentale ; dilatation par la méthode de Delmas.

a) *Dilatation par version de Braxton-Hicks.* C'est une version par manœuvres mixtes, pratiquée à *dilatation incomplète* et qui a pour but d'engager un membre inférieur du fœtus dans le vagin, de façon à comprimer entre le siège de l'enfant et le bassin, le placenta bas inséré. Ainsi se trouvent obstrués les crifices vasculaires béants. Pourvu qu'elle soit pratiquée lentement, cette méthode a l'avantage d'arrêter assez sûrement l'hémorragie.

Non suivie d'extraction, elle promet d'attendre la

dilatation complète et constitue la meilleure des sauvegardes pour les mères, mais les enfants sont véritablement sacrifiés, les chiffres de mortalité fœtale qu'on constate en consultant les statistiques oscillant entre 70 et 80 %. Cette méthode a eu et a gardé de nombreux partisans en Allemagne et en Amérique. Pour d'autres, au contraire, elle est considérée comme une méthode d'exception et n'est employée que si la vie de l'enfant est compromise; s'il est mort, ou encore lorsque la mère, très anémiée, ne peut supporter une nouvelle hémorragie.

b) *La dilatation élastique* réalise une dilatation du col par introduction d'un ballon inextensible, principalement du ballon de Champetier de Ribes, dans sa cavité.

Bien que cette méthode soit largement soutenue dans notre travail, nous résumerons ici ses principaux avantages.

Le ballon, par son gonflement, comprime le placenta et provoque l'hémostasie. Il contribue d'autre part à avancer la dilatation et, jouant le rôle d'un pôle fœtal, tend à amener la formation d'un véritable segment inférieur. La plupart des auteurs le place à l'intérieur même de l'œuf, faisant procéder son introduction de la rupture des membranes. Un plus petit nombre, devant la difficulté qu'on éprouve parfois à rompre ces membranes, le place entre celles-ci et l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le ballon, à l'heure actuelle, a

encore beaucoup de défenseurs. En France, en particulier, nombreux sont ceux qui l'ont utilisé et l'utilisent encore dans l'insertion basse. Au cours de ces dernières années, dans plusieurs articles parus sur la question du placenta prævia, en particulier en Allemagne, on a proposé ce procédé contre la césarienne.

La dilatation élastique du col semble trouver ses indications lorsque l'enfant paraissant vivant et viable, le col paraît dilatable et présente un certain degré de dilatation; lorsque aussi l'état de la mère ne nécessite pas une intervention rapide et souvent choquante.

c) *La dilatation manuelle* sous chloroforme, proposée par Bonnaire, eut-elle aussi une vogue manifeste. Elle peut avoir ses indications dans certains cas, tout en comportant de légers risques. En additionnant les résultats obtenus avec ce procédé par Bonnaire, Bossi, Treub, M. Lequeux trouve une moyenne de mortalité de 18,5 % pour les mères et de 48 % pour les enfants. Méthode d'exception, sans doute, ce peut être néanmoins parfois une bonne méthode; on devra craindre la possibilité de rupture du col ou du segment inférieur.

d) *La dilatation instrumentale*, infiniment plus violente (écarteur de Tarnier, dilatateur de Bossi), a été employée à l'étranger, en Italie et en Allemagne.

Les risques de rupture utérine sont grands.

En réalité, la pratique des dilatations est trop dangereuse pour qu'on puisse la défendre, comme l'a

montré Bar, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

e) *Méthode de Delmas*, qui est partisan de la rachianesthésie comme agent de dilatation du col, par cette hypotonie qui donne la rachi en touchant les racines antérieures de la moëlle. C'est une méthode relativement nouvelle, employée par certains, mais les résultats n'étant pas encore démonstratifs, elle ne s'est pas encore généralisée.

f) *L'abaissement d'un pied*, comme moyen d'hémotase, est souvent insuffisant, rejeté par beaucoup, car les résultats sont aussi mauvais pour la mère que pour l'enfant.

IV. — BASIOTRIPSIE

C'est l'intervention que l'on doit pratiquer quand l'enfant est mort *in utero*. Dans les cas urgents on devra la pratiquer dès que la dilatation sera suffisante, c'est-à-dire dès que celle-ci aura atteint une paume de main. On n'hésitera pas dans des cas graves de la pratiquer même sans anesthésie.

Nous avons vu au cours de ce travail qu'il y avait plusieurs variétés cliniques de placenta prævia, on ne devra donc pas envisager un traitement exclusif applicable à l'ensemble de ces différentes formes.

Chacune des ces méthodes pourrait avoir des indications dans une certaine circonstance, déterminée

par la variété anatomo-topographique du placenta ou par le milieu et les conditions dans lesquelles on aura à intervenir.

QUELLE PLACE DOIT TENIR LE BALLON
DE CHAMPETIER DE RIBES
DANS LA THERAPEUTIQUE
DU PLACENTA PRÆVIA ?

Autrefois le ballon dilatateur était unanimement considéré comme le meilleur procédé de traitement de l'hémorragie due à l'insertion basse du placenta.

Nous avons trouvé dans l'exposé de Champetier de Ribes les indications suivantes concernant l'emploi du ballon : Lorsque l'excavation est vide, on peut, dans le huitième et neuvième mois de la grossesse, et souvent plus tôt, introduire dans l'utérus, au-dessus de l'orifice interne, un ballon imperméable à parois inextensibles qui, rempli de liquide, prendra la consistance d'une tête fœtale et des dimensions aussi grandes que celles que le fœtus présentera à la filière pelvienne lors de l'accouchement.

Par ce moyen on peut sûrement provoquer le travail, l'expulsion du ballon se fait en général en moins de 12 heures; aussitôt après la sortie du ballon, l'expulsion ou l'extraction du fœtus est possible, du côté des parties molles le fœtus ne rencontrera plus d'obstacle. Les opérations, s'il y a lieu d'en faire, se prati-

queront dans un canal génital largement dilaté, depuis l'orifice interne du col jusqu'à la vulve.

Voilà, d'après M. le Professeur Brindeau, l'attitude que l'on doit avoir dans le traitement du placenta prævia, et la place que doit y occuper le ballon :

« Le traitement des hémorragies par placenta prævia doit être différent suivant le milieu :

a) Dans les maternités ou cliniques, l'accoucheur devra dans les cas graves avec placenta recouvrant, pencher plutôt vers les procédés chirurgicaux, l'opération de choix étant la césarienne basse.

Si l'enfant est petit, la césarienne vaginale rendra service.

Si la femme est infectée ou l'enfant mort, on doit enlever l'utérus en bloc sans l'ouvrir.

b) En dehors des maternités ou des cliniques, le traitement purement obstétrical devra surtout être employé. »

Les questions de milieu et de transport mises à part, les résultats acquis prouvent qu'il est inutile de recourir à la césarienne dans les cas bénins.

Lorsque l'enfant n'est pas viable, ne semblant pas avoir atteint 2.500 gr. (Trillat), ou lorsqu'il est mort, le traitement chirurgical n'est pas de mise, à moins que le cas soit grave, semblant pouvoir donner lieu à des complications ultérieures.

Lorsque le ballon est convenablement manié, la dilatation doit être complète lorsqu'il est expulsé.

Les ballons de Champetier de Ribes rendent encore

des services multiples dans la pratique obstétricale, en particulier dans les cas toujours redoutables d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

Il doit figurer dans l'arsenal obstétrical de tout praticien, et d'autant plus il ne devrait pas manquer dans les maternités ou cliniques.

CONCLUSIONS

Le ballon de Champetier de Ribes arrête ou modère l'hémorragie dans la majorité des cas.

Il est bon pour la mère, mauvais pour l'enfant ; donc son emploi dépend lagrement de l'état de l'enfant.

a) *Si gros enfant viable*, mieux vaut faire une opération césarienne, sauf contre-indications cliniques ou sociales.

b) *Si enfant prématuré*, les avis sont partagés ; les arguments pour la méthode obstétricale ou chirurgicale varient d'après l'état de la mère, le degré de prématurité de l'enfant, la préférence des accoucheurs pour l'une de ces méthodes.

c) *Si enfant mort*, l'opération césarienne ne doit pas être envisagée.

Si la dilatation est suffisante, la basiotripsie sera pratiquée d'emblée ; sinon, on fera une pose de ballon. Deux possibilités :

Si l'hémorragie est arrêtée par ce ballon, *attendre*.

Si l'hémorragie continue : dans quelques cas l'opération césarienne peut être nécessaire, mais c'est sur-

tout la basiotripsie qui devra être pratiquée dès que la dilatation sera suffisante.

Le ballon de Champetier de Ribes peut rendre service dans un certain nombre de cas :

Hémorragie non menaçante, dans ce cas il est inutile de recourir à la césarienne.

Placenta très latéral.

En dehors des cliniques.

Multipare peu anémiée, ou au contraire choquée, et dans ce cas la césarienne est ou inutile ou impossible.

Si l'enfant est mort, pour éviter la césarienne, quand, pour une cause quelconque, on ne peut ou on ne doit pas la faire.

Le ballon de Champetier de Ribes reconnaît actuellement moins d'indications que jadis, mais ne doit pas être absolument proscrit.

Vu : le Doyen de la Faculté,

G. ROUSSY.

Vu : le Président de thèse,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BOVIS (De). — Les hémorragies du post-partum du plac. p. et leur hémostase. *Semaine médicale*, 1909.

BRINDEAU. — Traitement du plac. p. (in Bar, Brindeau, Chambrelent), *Traité d'accouchement*, t. IV. *In Gynéc. et Obstétrique* (Revue, 1933).

CHAMPETIER DE RIBES. — Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Arch. Gyn. et Obst.*, 1911). — (*Annales de Gynéc.*, décembre 1888).

CATHALA. — Opération césarienne conservatrice pour insertion vicieuse du placenta. (*Soc. Obst et Gyn.*, Paris, déc. 1913). — (*In Gynéc. et Obst.* (Revue, 1933).

COUVELAIRE. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne portant sur le corps de l'utérus. (*Gyn. et Obst.*, 1921).

DANIS. — Thèse de Paris, 1899.

DELMAS. — *In Gynéc. et Obst.*, 1933.

DESIOUBRY. — Thèse de Paris, 1925.

GOLDENBERG (Mlle). — Thèse de Paris, 1933.

Gynécologie et Obstétrique (Revue, 1933). — Comptendu du VIII^e Congrès des Gynéc. et Obst. de langue française.

HRTSCHMANN. — Die therapie der plac. p. (Berlin, 1921).

LEPAGE. — Traitement du plac. p. (*Discussions au Congrès de Berlin*, 1912).

MOUCHOTTE. — Doit-on recourir à la césarienne pour toutes les insertions vicieuses du plac. (*Arch. Gyn. et Obst.*, 1910).

PAUCOT et REEB. — Rapport au VIII^e Congrès des Obst. et Gyn. de langue française, Paris, 1933. *In Gyn. et Obst.*.

PAUKOW. — Base anatomique du trait. du plac. p. (*Congrès de Berlin*, 1912). — (*In Arch. Gyn. et Obst.*, 1912).

PINARD. — *Annales de Gynéc.*, 1890-1899.

PINARD et LEPAGE. — Fonctionnement de la Clinique Baudelocque (1888-1899).

TRILLAT. — Traitement des hémorr. gr. du plac. p. par les méth. obst. *Réunion obst. et gyn. de Lyon* (mars 1924).

